

## CO84

### Optimisation du coût de la prise en charge chirurgicale du canal carpien : *office surgery* vs parcours ambulatoire au bloc opératoire

O. Mares\*, L. Moscato, P. Kouyoumdjian, R. Coulomb, S. Chkair  
CHU de Nîmes, Nîmes, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [ololmares@gmail.com](mailto:ololmares@gmail.com) (O. Mares)

L'incidence moyenne du syndrome du canal carpien (SCC) est actuellement estimée autour de 3/1000 dans la population. Nous proposons une nouvelle prise en charge qui modifie le parcours patient en *office surgery* en allégeant le chemin clinique. Nous proposons une estimation du coût de production de l'acte au bloc opératoire versus « office ». La méthodologie employée est un *micro-costing bottom up*. Le facteur de coût s'exprime en temps pour les ressources humaines et en volume pour les ressources matérielles. Ces données de quantités sont obtenues à dire d'expert. Le coût des ressources humaines correspond au salaire brut chargé 2018. Le coût des ressources matérielles a été obtenu à partir de la consultation du logiciel informatique CPAGE. À ces coûts de ressources humaines et matérielles, sont ajoutés des frais généraux de fonctionnement. Un coût total est estimé pour chaque groupe - chirurgie du canal carpien en « walant », bloc opératoire selon deux techniques - sous échographie (walant) et sous endoscopie (anesthésie en locorégionale). Le coût moyen de la prise en charge chirurgicale du canal carpien en « office » est estimé à 96€44 (minimum : 87€66 + maximum : 105€93). Ce coût moyen se décompose : 15€03 de ressources humaines, 68€52 de ressources matérielles, et 12€88 pour les frais généraux.

Le coût moyen de la prise en charge chirurgicale du canal carpien au bloc opératoire sous échographie est estimé à 171€72 (minimum : 151€89 ; maximum : 192€86). Ce coût moyen se décompose : 52€89 de ressources humaines, 95€88 de ressources matérielles, et 22€94 pour les frais généraux.

Pour la technique sous endoscopie, le coût est estimé à 270€85 (coût minimum : 250€02 ; maximum : 293€19). Ce coût moyen se décompose : 62€06 de ressources humaines, 172€60 de ressources matérielles et 36€18 pour les frais généraux.

La prise en charge au bloc opératoire est estimée entre 1,8 fois et 2,8 fois plus onéreux (selon la technique) que la prise en charge en « office ».

Plus de 100 millions d'euros sont actuellement dépensés annuellement pour le seul acte de traitement chirurgical du SCC. Cette étude montre que l'optimisation du chemin clinique et des flux patients peut être modifiée avec une nouvelle approche de type office. La prise en charge des patients en « office » permettrait d'optimiser les filières de soins avec une réduction des coûts.

**Déclaration de liens d'intérêts** Recherches cliniques/travaux scientifiques : non.

Consultant, expert : oui [new clip].

Cours, formations : non.

Documents publicitaires : non.

Invitations à des congrès nationaux ou internationaux : oui [new clip].

Actionnariat : non.

Détention d'un brevet ou inventeur d'un produit : non.

<https://doi.org/10.1016/j.hansur.2019.10.087>

## CO85

### Influence de l'anesthésie Walant et de l'*office surgery* sur la satisfaction et la récupération après la libération du canal carpien : une étude observationnelle basée sur la satisfaction des patients

L. Moscato<sup>1,\*</sup>, R. Coulomb<sup>1</sup>, G. Candelier<sup>2</sup>, P. Kouyoumdjian<sup>1</sup>, O. Mares<sup>1</sup>

<sup>1</sup> CHU de Nîmes, Nîmes, France

<sup>2</sup> SOS Mains, Caen, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [laramoscato09@gmail.com](mailto:laramoscato09@gmail.com) (L. Moscato)

Le WALANT et l'*office surgery* sont devenus des pratiques courantes outre atlantique pour la libération du canal carpien. Il n'existe pas de données objectives comparant les circuits classiques et l'*office surgery*.



Nous avons réalisé une étude rétrospective monocentrique comparant trois types de prise en charge : office - Walant - échochirurgie, ambulatoire - Walant - échochirurgie, ambulatoire - anesthésie locorégionale (ALR) - endoscopie. Nous avons inclus 30 patients par groupe, appareillés pour l'âge, le sexe et les antécédents médicaux. Les patients ont été évalués par un observateur indépendant via un questionnaire téléphonique et au moyen d'une échelle analogique :

- la satisfaction globale ;
- la satisfaction de la performance organisationnelle ;
- la qualité de la réalisation de l'anesthésie ;
- la qualité de l'analgésie (satisfaction vis-à-vis du niveau de sédation).

Nous avons comparé pour chaque groupe la survenue de complications mineures et majeures et le temps de reprise d'activités lourdes et quotidiennes. Une analyse ANOVA (logiciel SAS) a été réalisée pour comparer les trois groupes.

La technique échographique était réalisée par une technique antérograde opus anesthésie Walant. La technique endoscopique était réalisée selon la technique d'Agee sous anesthésie locorégionale.

Les trois groupes étaient comparables. Deux patients ont été perdus de vue. Les résultats (moyenne) sont respectivement pour chaque groupe : office, ambulatoire avec walant et ambulatoire avec ALR :

- satisfaction globale : 9,85 ; 9,10 ; 8,73 ( $p = 0,002$ ) ;
  - satisfaction de la performance organisationnelle : 9,86 ; 9,55 ; 9,67 ( $p = 0,3$ ) ;
  - la qualité de la réalisation de l'anesthésie : 9,36 ; 9,59 ; 8,93 ( $p = 0,12$ ) ;
  - la qualité de l'analgésie : 9,93 ; 9,83 ; 9,43 ( $p = 0,03$ ) ; (lequel de ces deux items ce réfère à la réalisation de l'anesthésie) ;
  - temps de retour aux activités quotidiennes (jours) : 1,25 ; 0,41 ; 1,87 ( $p = 0,02$ ) ;
  - temps de reprise des activités lourdes (jours) : 36,64 ; 32,41 ; 53,9 ( $p = 0,015$ ).
- Nous n'avons eu aucune récurrence, aucune complication majeure et seulement deux infections superficielles.

Il existe des données nord-américaines sur ce type de procédure, ce travail comparatif français montrant un gain dans la prise en charge du patient avec l'*office surgery*.

Cette revue rétrospective comparative montre un score de satisfaction des patients supérieur dans une procédure de type *office surgery*. Le WALANT couplé à l'échochirurgie semblent apporter un meilleur taux de satisfaction et une récupération plus rapide comparé à l'ALR.

**Déclaration de liens d'intérêts** Recherches cliniques/travaux scientifiques : oui [newclip].

Consultant, expert : oui [newclip].

Cours, formations : oui [newclip].

Documents publicitaires : non.

Invitations à des congrès nationaux ou internationaux : non.

Actionnariat : non.

Détention d'un brevet ou inventeur d'un produit : oui [newclip].

<https://doi.org/10.1016/j.hansur.2019.10.088>

## CO86

### Organisation de l'accueil des urgences de la main

S. Larroque<sup>1,\*</sup>, G. Berteloot<sup>1</sup>, J.L. Roux<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ASUM34, Montpellier, France

<sup>2</sup> IMM, Montpellier, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [stephanelarroquespqr@gmail.com](mailto:stephanelarroquespqr@gmail.com) (S. Larroque)

Le nombre de blessés de la main est en augmentation constante depuis 1998. Il est estimé à plus de 2,1 millions par an en France en 2018, soit + 32 % en 20 ans. Si le nombre de centres agréés par la FESUM a augmenté, certains centres ont dû s'organiser pour gérer cet afflux de patients.

La prise en charge des urgences de la main par les chirurgiens de la main ou par les urgentistes généraux se révélait dans notre structure souvent insuffisante. Soit par manque de disponibilité des chirurgiens de la main, soit par un défaut d'expérience et de formation des urgentistes.

Depuis 2010, nous avons réorganisé notre centre dans le but d'améliorer la prise en charge de ces urgences. L'accueil des urgences de la main a été confié à des médecins dédiés.

Cette nouvelle organisation, basée sur une unité de lieu et une pluridisciplinarité (chirurgiens, médecins, kinésithérapeutes, infirmières) procure une plus grande

